## MULTIPLE DEPENDENT CLAIM FEE CALCULATION SHEET

(FOR USE WITH FORM PTO-875)

SERIAL NO.	FILING DATE
10/589831	
APPLICANT(S)	

**CLAIMS** 

	AS F	ILED		TER ndment		TER NDMENT
	IND.	DEP.	IND.	DEP.	IND.	DEP.
_						
4						· · · · · ·
			$\overline{}$	<del>                                     </del>		
				<del>K -  </del>		
•	·			$\vdash \setminus \vdash$		
		·	<del>/</del>	<del></del>	,	
			(	-/		
			<del>\</del>	/		
			$\overline{}$	·		
			_			
			/	/		
			/			
			/			<del></del>
Ì						
			Z			
Ì						
			/			
			<b>/</b>			
			1	/_		
	ļ <b>!</b>		$\vdash$	/_		<u></u>
	<u> </u>	<del></del> :	$\vdash \downarrow \vdash$	/		
				/		
-			$\vdash \!$			
			<del>-/</del>			
			1	<del>- }</del>		
I					<del></del>	
	<del></del>					<u>:</u>
1						
l		· - · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	1			
				,	<del>-                                    </del>	
ľ						
ľ						
ľ						
l						
l						
L						
	T	1	. 7			
		▼		▼ [		▼
l	•	<b>←</b>		<b>←</b> !		<b>←</b>
ŀ		* W.Y	T	2 3 4		19.00
Ĺ				* 1		40
						- 10 TO 10 T